

写真貼付  
(任意)

# 救急医療情報シート

私は、緊急時に以下の情報を救急隊、搬送先の医療機関等が活用することに同意します。

※記入は鉛筆でお願いします。

年 月 日作成

ふりがな		性 別		
氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	血液型	+	型
	Rh		・	
			—	
住所	新座市			
電話	(自宅)	(携帯電話)		
	かかりつけ医療機関①	かかりつけ医療機関②		
病院名				
診療科目				
所在地 電話番号	電話 ( )	電話	( )	
主な 既往歴				
服薬情報				
障がい者手帳の有無				
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳( 級)				
医師や救急隊に知ってほしいこと (例)人工透析、インスリン注射、アレルギー、ペースメーカー使用など				
緊急連絡先				
氏名	続柄・関係	住所	電話	
①				
②				
③				

情報は適宜ご自身で書き換えて下さい。

※裏面に記入についての説明があります。